

LAUDO PERICIAL

DADOS DO CONTRIBUINTE

NOME

CPF

MÉDICO

NOME

CRM

ESPECIALIDADE

DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas da Lei, que _____ é portador, desde
(NOME DO PACIENTE)

_____ até a presente data, de _____ CID _____,
(MÊS/ANO) (IDENTIFICAÇÃO NOMINAL DA MOLÉSTIA)

moléstia referida no inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713/88, ou no § 2º do art. 30 da Lei nº 9.250/95, sob a rubrica de _____
(DENOMINAÇÃO UTILIZADA PELO LEGISLADOR – ABAIXO)

Exposição das observações, estudos, exames efetuados e registros das conclusões:

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Doença passível de controle? ☐ Sim ☐ Não. Em caso afirmativo, determinar o prazo de validade do laudo: ____/____/____

1– O laudo deverá ser fundamentado com exposição das observações, estudos, exames efetuados, registros das conclusões e emitido por SERVIÇO MÉDICO OFICIAL da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios.

2– Moléstias relacionadas no inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713/88, e no § 2º do art. 30, da Lei nº 9.250/95:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ Moléstia Profissional | ☐ Cardiopatia Grave | ☐ Tuberculose Ativa | ☐ Doença de Parkinson |
| ☐ Alienação Mental | ☐ Esclerose Múltipla | ☐ Nefropatia Grave | ☐ Neoplasia Maligna |
| ☐ Cegueira | ☐ Hanseníase | ☐ Contaminação por Radiação | ☐ Espondiloartrose Anquilosante |
| ☐ Estados Avançados da Doença de Paget(Osteíte Deformante) | ☐ Síndrome de Imunodeficiência Adquirida | | |
| ☐ Paralisia Irreversível e Incapacitante | ☐ Fibrose Cística (mucoviscidose). | ☐ Hepatopatia Grave | |

Em ____/____/____

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

CARIMBO DE IDENTIFICAÇÃO DO **SERVIÇO MÉDICO OFICIAL**